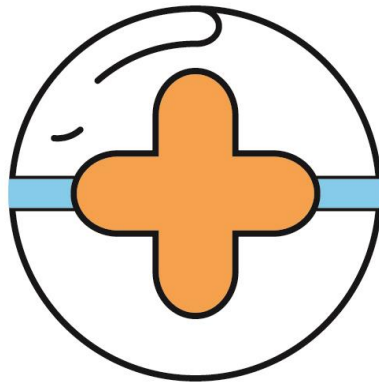


様

重要事項説明書



医療法人社団栄正 慈英病院
通所リハビリテーション
(事業所番号：4510119805)

宮崎県宮崎市中西町160番地

TEL 0985-23-5000

FAX 0985-23-5886

URL <http://www.jiei.jp>

重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

当事業所はご契約者に対して、介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションサービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方々が対象となります。介護保険申請中で要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業所の概要

(1) 事業所の指定番号およびサービス提供地域

| | |
|---------------|------------------------------|
| 施設名称 | 医療法人社団栄正 慈英病院 通所リハビリテーション |
| 所在地 | 宮崎市中西町160番地 |
| 介護保険指定番号 | 4510119805 |
| 管理者 | 院長 前田 正存 |
| 電話番号 | 0985-23-5000 |
| FAX番号 | 0985-23-5886 |
| 開設年月日 | 平成8年10月 |
| サービスを提供する対象地域 | 宮崎市東部地域 |

(2) 事業所の職員体制

| | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 |
|-----------|-----------|-----|---|
| 管理者 | 1名(兼務) | | 職員・業務の管理を、役責者とともに行う。 |
| 医師 | 1名(兼務) | | 従業者と共同し通所リハビリテーション計画を作成するとともに、利用者の健康状態等を把握する |
| 管理栄養士 | 1名(兼務) | | 利用者の状況に則した食事の献立を作成する。栄養改善が必要な利用者への栄養ケアを行う。 |
| 調理師等 | 実情に応じた適当数 | | 管理栄養士が作成する献立に基づき、利用者の状況に則した適切な食事を提供する。適切な衛生管理を行う。 |
| 理学療法士(PT) | 1名(専従) | | 医師、その他の職種の者と協働してリハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導、管理を行う。 |
| 作業療法士(OT) | 1名以上(兼務) | | |
| 言語聴覚士(ST) | | | |
| 事務職員 | 1名以上(兼務) | | 事業の運営事務及び施設の維持管理業務を行う。 |
| 看護職員 | 2名(専従) | | 検温、血圧測定等を行うほか、利用者の通所リハビリテーション計画に基づく看護を行う。 |

| | | |
|------|--------|---|
| 介護職員 | 5名（専従） | 利用者の心身機能、住宅環境を把握し、各専門職と共に通所リハビリテーション計画を作成し、計画に基づく介護を行う。 |
|------|--------|---|

(3) 事業所の設備の概要

| | | |
|-------------|-----------------------------------|----|
| 定員 | 20名 | |
| 通所リハビリテーション | 1室（144㎡） | |
| 浴室 | 一般浴槽 | 2室 |
| 送迎車 | 軽自動車（車椅子非対応） | 3台 |
| | 軽自動車（車椅子対応） | 1台 |
| | リフト車（車椅子対応） | 1台 |
| 理学療法器具 | 訓練用マット、平行棒、各種杖、各種歩行器、各種車椅子、ホットパック | |
| 作業療法器具 | 各種レクリエーション用品、絵画用具、工作用具、各種楽器等 | |

(4) サービス実施時間

| | |
|------------------|-----------------|
| 月～土 | 午前9時00分～午後3時40分 |
| 日・祝日・12月30日～1月3日 | 定休日 |

2. サービス内容

| | |
|-------------------|--|
| 送迎 | 車椅子の利用者も利用可能な送迎車で自宅と事業所間を送迎いたします。 |
| 健康チェック | 事業所到着後に血圧、脈拍、体温の測定、体調などのチェックを行います。 |
| 服薬管理 | 医師の処方に基づき、服薬管理を行います。 |
| 入浴 | 利用者に対して入浴介助を行います。 |
| 通所リハビリテーション計画書の作成 | 利用者の心身の状態に応じた通所リハビリサービスの計画を作成いたします。 |
| 個別リハビリテーション | 利用者様の状態に応じて理学療法士が歩行訓練・活動向上訓練・運動療法等を組合せてリハビリテーションを行います。 |
| 食事 | 12時に昼食、14時45分におやつを提供いたします。 |
| レクリエーション | ラジオ体操や集団体操、ゲームや屋外活動などを行います。 |
| 行事 | 誕生会、敬老会、クリスマス会などを行います。 |
| 医療・生活相談 | 介護サービスに関する相談に応じます。 |

3. 料金

(1) 利用料金

介護予防通所リハビリテーション

| サービスの種類 | | 基本金額 |
|--------------------|----------------|-------------------|
| 介護予防通所リハビリテーション利用料 | 要支援1（1月当たりの費用） | 2,268円 |
| | 要支援2（1月当たりの費用） | 4,228円 |
| 科学的介護推進体制加算 | | 1月につき 40円 |
| 介護職員等処遇改善加算 | | 所定の単位の 83/1000 |
| 食事代 | | 1食につき 500円 |

| | | | |
|-----|--|--|----|
| その他 | | | 実費 |
|-----|--|--|----|

通所リハビリテーション

| サービスの種類 | | | 基本金額 |
|---|--------------------------|---------------|--------|
| 通所リハビリテーション利用料 注) 当事業所におけるサービス提供時間は6時間以上8時間未満を基本としています | 6時間以上7時間未満 (1日当たりの費用) | 要介護度1 | 715円 |
| | | 要介護度2 | 850円 |
| | | 要介護度3 | 981円 |
| | | 要介護度4 | 1,137円 |
| | | 要介護度5 | 1,290円 |
| | 5時間以上6時間未満 (1日当たりの費用) | 要介護度1 | 622円 |
| | | 要介護度2 | 738円 |
| | | 要介護度3 | 852円 |
| | | 要介護度4 | 987円 |
| | | 要介護度5 | 1,120円 |
| | 4時間以上5時間未満 (1日当たりの費用) | 要介護度1 | 553円 |
| | | 要介護度2 | 642円 |
| | | 要介護度3 | 730円 |
| | | 要介護度4 | 844円 |
| | | 要介護度5 | 957円 |
| | 3時間以上4時間未満 (1日当たりの費用) | 要介護度1 | 486円 |
| | | 要介護度2 | 565円 |
| | | 要介護度3 | 643円 |
| | | 要介護度4 | 743円 |
| | | 要介護度5 | 842円 |
| 2時間以上3時間未満 (1日当たりの費用) | 要介護度1 | 383円 | |
| | 要介護度2 | 439円 | |
| | 要介護度3 | 498円 | |
| | 要介護度4 | 555円 | |
| | 要介護度5 | 612円 | |
| 1時間以上2時間未満 (1日当たりの費用) | 要介護度1 | 369円 | |
| | 要介護度2 | 398円 | |
| | 要介護度3 | 429円 | |
| | 要介護度4 | 458円 | |
| | 要介護度5 | 491円 | |
| 通所リハマネジメント加算 | 契約月から6月以内 | 1月につき | 793円 |
| 通所リハマネジメント加算 | 契約月から6月超え | 1月につき | 473円 |
| 医師が利用者又はその家族に説明した場合 | | | 270円 |
| 通所リハ科学的介護推進体制加算 | | 1月につき | 40円 |
| 通所リハ提供体制加算 | 3時間以上4時間未満 | 1月につき | 12円 |
| 通所リハ提供体制加算 | 4時間以上5時間未満 | 1月につき | 16円 |
| 通所リハ提供体制加算 | 5時間以上6時間未満 | 1日につき | 20円 |
| 通所リハ提供体制加算 | 6時間以上7時間未満 | 1日につき | 24円 |
| 介護職員等処遇改善加算 | | 所定の単位の83/1000 | |
| 通所リハ短期集中個別リハ実施加算 | 退院日又は認定日から、3月以内の期間 | 1日につき | 110円 |
| 通所リハ入浴介助加算(I) | | 1日につき | 40円 |

| | | | |
|---------------|---------------|-------|------|
| 通所リハ入浴介助加算(Ⅱ) | | 1日につき | 60円 |
| 通所リハ送迎減算 | 事業所が送迎を行わない場合 | 片道につき | -47円 |
| 食事代 | | 1食につき | 500円 |
| その他 | | | 実費 |

(2) 支払い方法

サービス利用料のうち自己負担分のお支払は、1ヶ月分を一括して翌月請求致しますので、通所リハビリスタッフ・受付窓口にて現金、または振込みにてお支払下さい。(振込み手数料はご負担になります。)

※負担割合証により、お支払い金額は変動します

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まず、お電話でお申し込み下さい。利用者、ご家族に来所していただき、サービス内容をご説明し、活動の様子を見学していただきます。サービス提供の依頼を受けた後、契約を結び、介護予防通所リハビリテーション計画書・通所リハビリテーション計画書を作成して、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画又は介護予防支援サービスの作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員（ケアマネージャー）とご相談下さい。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

- サービス終了を希望する日の1週間前までにお申出下さい。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

- 人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。
- その場合は、終了予定日の1ヶ月前までに文書で通知致します。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- 利用者が医療保険施設に入院または介護保険施設に入所した場合
- 介護保険給付サービスを受けていた患者様の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合

※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。

- 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者様は文書で解約を通知することによってサービスを終了することができます。
- 利用者がサービスの利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由もなくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、または利用者やご家族等が当事業所に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は文

書で通知することにより契約を終了させていただく場合がございます。

- 利用者の病変、身体機能・認知機能レベル低下などやむを得ない事情があり、当事業所が受け入れ困難な場合、契約を終了させていただく場合がございます。

5. 当院の通所リハビリテーションの特徴等

(1) 運営の方針

当事業所は、要支援・要介護状態にある利用者の心身の機能の回復維持を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを提供することを目的としています。

(2) サービス利用に当たっての留意事項

- 送迎時間の連絡・・・・・・・・おおよその送迎時刻を利用者又はご家族に連絡します。
- 体調不良等によるサービスの中止・変更・・・・・・・・サービスの中止・変更は、前日の17時00分まで又は当日の8時00分までにお申し出ください。
食事のキャンセル・・・・・・・・食事のキャンセルは当日の9時00分までにお申し出ください。(当日、8時30分以降の、キャンセル連絡は、昼食代を請求いたします)
- 食事・・・・提供された食事の持ち帰りはご遠慮ください。食中毒の原因になる可能性もあり、当事業所では責任を負いかねます。ご利用者間の授受も固く禁止しております。
- 利用時間又は利用日変更・・・・・・・・ケアプランで決められたサービス時間の変更は、当事業所又はケアプランを作成している介護支援専門員(ケアマネージャー)にご相談ください。
- 金銭、貴重品、メガネ・補聴器等の管理・・・・・・・・金銭は、お持ちにならないでください。貴重品は利用者用ロッカーを準備させていただいております。金銭、貴重品、メガネ・補聴器等の管理・紛失等の事故の際は責任を負いかねますのでご了承ください。
- 金品の売買、交換、受け渡し・・・・・・・・施設内での他利用者に金品の売買や交換、受け渡しはご遠慮願います。
- お菓子や食べ物の持ち込み、受け渡し・・・・・・・・施設内での他利用者にお菓子やその他食べ物の受け渡しは、食中毒や窒息などの事故につながる恐れがありますのでご遠慮願います。
- 宗教政治活動・・・・・・・・施設内での他利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮願います。
- ペットの持ち込み・・・・・・・・施設内へのペットの持ち込みはご遠慮願います。
- 設備・器具の利用・・・・・・・・設備・器具のご利用にあたっては、他利用者と共にのご利用になりますので、譲り合いながら大切にご利用下さい。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打合せにより、かかりつけ医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者等に連絡します。

| | | |
|-----|-------|--|
| 主治医 | 病 院 名 | |
| | 主治医氏名 | |
| | 住 所 | |
| | 電話番号 | |

| | | |
|-------|------|--|
| 緊急連絡先 | 氏 名 | |
| | 住 所 | |
| | 電話番号 | |
| | 続 柄 | |

7. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者のご家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に連絡すると同時に、必要な措置を講じます
- (2) サービス提供により、賠償すべき事故が生じた場合には、速やかに損害賠償を行います。

8. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 当施設利用者のための相談及び苦情窓口
電話：0985-23-5000
通所リハビリテーション：小倉 保
- (2) 当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。
宮崎市介護保険課 電話：0985-21-1777
宮崎県国民健康保険団体連合会 電話：0985-25-4901
その他利用者がお住まいになっている市町村の担当窓口

9. 個人情報保護（秘密保持）

- (1) 個人情報の収集は、その利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集します。
- (2) 個人情報の使用は、同意を得た利用目的の達成に必要な範囲内において、適正に使用します。
- (3) 同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。
同意・依頼の下で、個人情報の提供・預託を行う場合においても、提供・預託先が適正に管理するよう監督いたします。

10. 非常災害対策

- (1) 防災時の対応・・・事業所内にいる人の安全を確保するため、自衛消防団による避難誘導、初期消火活動等を迅速に行うとともに、消防署などの協力を得て被害を最小限に抑えるための諸対策を講じています。
- (2) 防災設備・・・火災発見後、迅速に消防署に通報を行うための自動火災警報装置及び非常通報装置を設置。また、初期消火活動を行うための屋内消火栓及び消火器を設置。
- (3) 防災訓練・・・自衛消防団による防災訓練を年2回実施し、初期消火、避難誘導、連絡通報等が迅速に行えるよう訓練しています。
- (4) 防火責任者・・・佐和田ゆかり

11. 業務継続に向けた取り組み

感染症や自然災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して訪問リハビリテーションサービスを受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

12. 衛生管理等について

- ①通所リハビリテーションの用に供する施設、食器、その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ②通所リハビリテーション事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ③食中毒及び感染症を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

13. 身体拘束について

事業者は原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷行為等の恐れがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

14. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者 前田 正存
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所職員に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。

令和6年 月 日

介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 宮崎県宮崎市中西町160番地
医療法人社団栄正
慈英病院
TEL 0985-23-5000
FAX 0985-23-5886

<代表者名> 前田 正存 _____ 印

<説明者名> _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防通所リハビリテーション・通所リハビリテーションについての重要事項の説明を受けました。

また、個人情報の取り扱いに関しても、十分理解のうえ同意します。

利用者
<氏 名> _____ 印

<住 所> _____

(代理人)
<氏 名> _____ 印(続柄 _____)

<住 所> _____